Regard de l'Aigle

Volume 11, Numéro 2 | LE CENTRE CARTER | Août 2010

Message de la réunion annuelle : Le personnel de pays devrait utiliser les données de district pour étoffer le plan d'élimination du trachome

Le Centre Carter a tenu sa 11e revue annuelle des programmes de lutte contre le trachome, du 29 au 31 mars 2010, au Centre d'Atlanta, Ga. L'an 2010 est un jalon marquant de l'histoire mondiale de l'élimination du trachome cécitant, que l'on espère atteindre d'ici 2020 : il ne reste que 10 ans pour que les pays d'endémicité atteignent leurs cibles. Animés par le thème, « Planifions pour éliminer le trachome, district par district, » les programmes nationaux devraient donc formuler des stratégies détaillées à l'aide des données au niveau district pour planifier et étendre à grande échelle les interventions de la stratégie CHANCE dans chaque district. Mise en œuvre par les ministères de la santé en Ethiopie, au Mali, au Niger, au Nigeria et au Soudan, en partenariat avec le Centre Carter, la stratégie CHANCE a pour composantes la chirurgie, les antibiotiques, le nettoyage du visage et le changement environnemental.

Lors de la revue de 2010, les programmes nationaux recevant une assistance du Centre Carter ont présenté les données provenant d'interventions des programmes CHANCE de 2009 et les buts finals d'intervention. Ont également été présentées les données existantes sur la prévalence du trachome, pour chaque pays, données qui ont été utilisées pour guider la planification de programme. Par ailleurs, les programmes nationaux ont présenté leurs objectifs pour 2010 qui ont été revus en conjonction avec les plans à long terme de l'élimination.

De plus, des présentations ont été faites d'organisations partenaires comme la Fondation internationale des Lions

suite à la page 2

Dans ce numéro

Programme antipaludique dans quatre pays : Une revue 8

En mémoire du Dr Vély Jean-François 11

Recul de la dracunculose 11

Monsieur le Ministre Tedros à l'honneur pour ses contributions à la santé 12

THE CARTER CENTER

Waging Peace. Fighting Disease. Building Hope.

Le Centre passe en revue la cécité des rivières

La 14e revue annuelle du Programme du Centre Carter pour la lutte contre la cécité des rivières, qui s'est tenue du 23 au 25 mars 2010, a fait le tour des activités de contrôle et d'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) que mène le Centre Carter dans cinq pays africains – le Cameroun, l'Ethiopie, le Nigeria, le Soudan et l'Ouganda – ainsi que dans six pays de l'Amérique latine – le Brésil, la Colombie, l'Equateur, le Guatemala, le Mexique et le Venezuela. Plus de 60 agents de terrain, experts et donateurs se sont réunis au siège du Centre Carter à Atlanta pour se pencher la performance du programme et de projets de recherche spécifiques. Les

D. Hakes

Le Dr Frank Richards s'adresse aux participants de la revue de programmes de lutte contre la cécité des rivières. Le Dr Richards dirige les programmes du Centre Carter traitant de la cécité des rivières, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase et du paludisme.

suite à la page 4

Trachome

Program Review

suite de la page 1

Clubs, Helen Keller International, Pfizer Inc, Research Triangle Institute International et l'Initiative internationale du trachome. Le Dr Saul Rajak de l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres et le Dr Jeremy Keenan de la Fondation Francis I. Proctor de University of California San Francisco ont présenté les résultats des activités de recherche opérationnelle en Ethiopie.

Les données des enquêtes de prévalence récentes du Mali ont également été examinées dans le contexte de la surveillance à long terme du trachome. Le Dr Jeremiah Ngondi a présenté une nouvelle boîte à outils, fort utile pour les enquêtes sur la prévalence du trachome. Elle contient divers matériels adaptés à chaque stade d'une enquête, allant de la formation à la gestion de données. Le Dr Silvio Mariotti de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait savoir que l'OMS était pleinement engagée à apporter aux programmes nationaux l'assistance technique nécessaire pour qu'ils puissent atteindre les objectifs d'élimination.

Les résultats de la revue de cette année sont encourageants puisqu'un grand nombre de programmes nationaux ont atteint, voire dépassé leurs objectifs d'intervention de 2009. Les accomplissements des programmes nationaux signalés pour 2009 sont indiqués ci-après (voir également les Tableaux 1 et 2).

Ethiopie

- 72 123 personnes ont été opérées du trichiasis
- 15 695 222 doses d'azithromycine ont été distribuées à échelle nationale
- 3432 communautés ont été couvertes par une éducation sanitaire continue dans la région d'Amhara
- 544 205 latrines familiales ont été construites dans la région d'Amhara

Mali

- 11 196 personnes ont été opérées du trichiasis
- 6 290 754 doses d'azithromycine ont été distribuées à échelle nationale
- 10 491 villages ont été couverts par une éducation sanitaire continue

Tableau 1 **Récapitulatif des données nationales des interventions des programmes de lutte contre le trachome (pays recevant une assistance du Centre Carter) Données nationales indiquées pour 2009 lors de la 11e revue annuelle de programmes, Atlanta, Ga., 29-31 mars 2010**

			Soudan				
	Mali	Niger	GOS**	GOSS***	Ethiopie	Nigeria	Total
Chirurgie (CH)							
Chirurgies	11,196	6,743	1,974	1,558	72,123	13,500	107,094
Cible de 2009	17,100	15,650	3,000	5,000	207,480	8,000	256,230
Couverture en %	65.5%	43.1%	65.8%	31.2%	34.8%	168.8%	41.8%
Antibiotiques (A)							
Azithromycine							
Doses	6,290,754	7,341,878	284,783	370,431	15,695,222	0 (voir note)	29,983,068
Cible de 2009	7,245,423	9,491,097	292,164	515,788	25,100,000	14,358,000	57,002,472
Couverture en %	86.8%	77.4%	97.5%	71.8%	62.5%	N/A	52.6%
Tétracycline							
Doses	125,883	184,198	5,510	15,799	403,099	15,000	749,489
Cible de 2009	147,866	194,164	5,743	20,730	512,000	40,000	920,503
Couverture en %	85.1%	94.9%	95.9%	76.2%	78.7%	37.5%	81.4%
Nettoyage du visage et éducation sanitaire (N)							
Villages avec éducation sanitaire	10,491	571	239	3,441	3,432	9,200	27,374
Cible de 2009	9,000	*	239	4,662	*	13,240	27,141
Couverture en %	116.6%	N/A	100.0%	73.8%	N/A	69.5%	100.9%
Changement environnemental (CE)							
Latrines	23,701	18,979	N/A	128	544,205	7,500	594,513
Cible de 2009	16,000	15,000	N/A	500	*	10,500	42,000
Couverture en %	148.1%	126.5%	N/A	25.6%	N/A	71.4%	N/A

Note : Le Nigeria n'a pas reçu d'azithromycine en 2009. La première expédition est prévue en 2010.
*Cible nationale non présentée.
**GOS : Gouvernement du Soudan.
***GOSS : Gouvernement du Sud du Soudan.
N.B : Ce sont des données du niveau national provenant d'interventions soutenues par tous les partenaires, pas uniquement par le Centre Carter.

- 23 701 latrines familiales ont été construites à échelle nationale

Niger

- 6 743 personnes ont été opérées du trichiasis
- 7 341 878 doses d'azithromycine ont été distribuées
- 571 villages ont été couverts par une éducation sanitaire continue
- 18 979 latrines familiales ont été construites à échelle nationale

Gouvernement du Soudan

- 1 974 personnes ont été opérées du trichiasis
- 284 783 doses d'azithromycine ont été distribuées

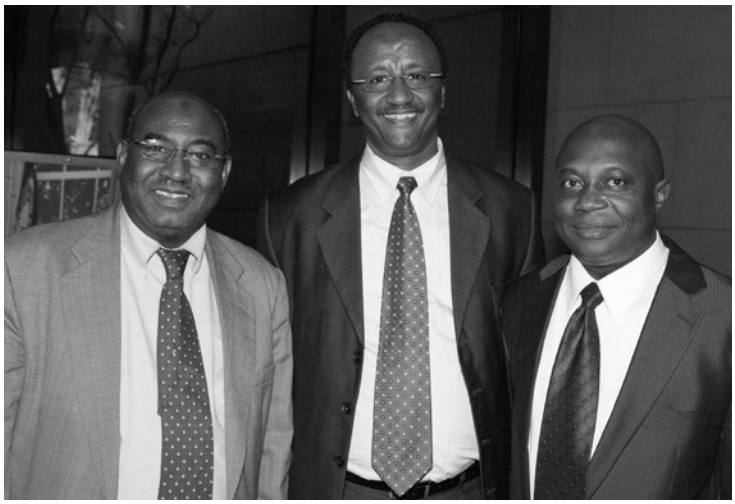
Gouvernement du Soudan du Sud

- 1 558 personnes ont été opérées du trichiasis
- 370 431 doses d'azithromycine ont été distribuées dans 16 comtés
- 3 441 villages ont été couverts par une éducation sanitaire continue

Nigeria

- 13 500 personnes ont été opérées du trichiasis
- 9 200 villages ont été couverts par une éducation sanitaire continue
- 7 500 latrines familiales ont été construites à échelle nationale

Le mode opérationnel du Centre Carter, celui du partenariat avec des ministères de la santé, confie aux programmes la planification et la mise en œuvre des activités du programme. Ensuite, les résultats de chaque programme sont présentés lors des réunions annuelles de revue, organisées par le Centre Carter, qui sont l'occasion pour chaque programme national de partager ses expériences avec d'autres programmes et de rencontrer les divers partenaires et bailleurs de fonds. Pendant les trois jours de la revue, les participants discutent des stratégies de programme et des nouvelles possibilités. Les programmes nationaux sont également l'occasion de rencontrer des experts en santé publique des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, de l'Organisation mondiale de la Santé, d'Emory University et d'autres institutions de santé publique.



A. Mosher

Parmi les participants à la revue de programmes : Salissou Kane, conseiller technique résident du Centre Carter au Niger ; Teshome Gebre, représentant du Centre Carter en Ethiopie et le Dr Emmanuel Miri, représentant du Centre Carter au Nigeria.

Tableau 2 **Cibles annuelles des programmes nationaux de lutte contre le trachome 2010 (pays recevant une assistance du Centre Carter) Cibles présentées lors de la 11e revue annuelle de programmes, Atlanta, Ga., 29 mars-31 mars 2010**

			Soudan				
	Mali	Niger	GOS**	GOSS***	Ethiopie	Nigeria	Total
Chirurgie							
Personnes prévues pour l'opération du trichiasis	12,910	13,900	3,000	6,500	235,374	10,000	281,684
Antibiotiques							
Doses d'azithromycine à distribuer†	3,764,289	4,749,941	300,327	803,000	27,270,000	1,247,332	38,134,889
Doses de pommade de tétracycline à distribuer	70,847	76,015	6,000	17,000	556,000	40,000	765,862
Nettoyage du visage							
Villages avec couverture prévue en éducation sanitaire	12,000	571	477	4,762	*	13,240	31,050
Changement environnemental							
Latrines familiales à construire	25,000	15,000	*	411	*	10,500	50,911

*Cible non présentée.
**GOS : Gouvernement du Soudan
***GOSS : Gouvernement du Sud du Soudan.
†Cibles antibiotiques ne reflètent pas les distributions approuvées de Zithromax de l'Initiative internationale du trachome.

L'onchocercose

Program Review

suite de la page 1

participants ont discuté de l'intégration de la lutte contre la cécité des rivières à d'autres initiatives de santé publique notamment la filariose lymphatique, le paludisme, la schistosomiase, le trachome et la supplémentation en vitamine A.

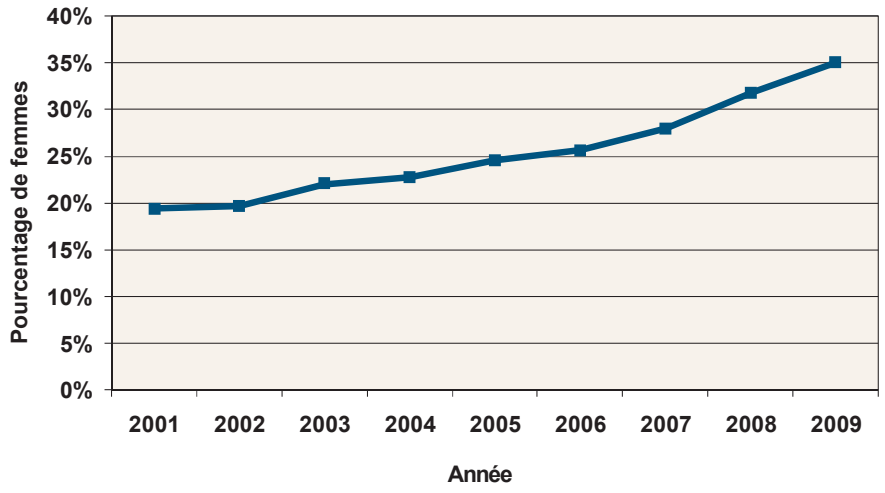
Sont venus se joindre au personnel du Centre Carter des représentants de ministères de la santé du Cameroun, de l'Ethiopie, du Nigeria, du Soudan et de l'Ouganda, de Merck & Co., Inc. et du Programme de donation de Mectizan®, de la Fondation Bill et Melinda Gates, des Lions Clubs et de la Fondation internationale des Lions Clubs, de GlaxoSmithKline, Emory University, des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, du Programme de contrôle de l'onchocercose, de Sightsavers, de l'Universidad del Valle de Guatemala, de Clarke Mostiquo Control, de Vestergaard Frandsen, de la Fondation Izumi et de l'Organisation mondiale de la Santé. C'est le Dr Frank Richards, Directeur des programmes du Centre pour la lutte contre le paludisme, la cécité des rivières, la filariose lymphatique et la schistosomiase qui a présidé la réunion.

Le Centre Carter collabore avec les ministères nationaux de la santé pour assurer une distribution sûre et durable du Mectizan® (donné par Merck &Co., Inc.) et apporter une éducation sanitaire soit pour contrôler soit pour éliminer l'onchocercose. C'est dans un tel climat de coopération que le Centre a aidé à fournir plus de 14 millions de traitements de Mectizan (14 115 910) en 2009, niveau le plus élevé qu'ait jamais été atteint en l'espace d'une année dans ce programme de 14 ans (voir Tableau 3). En tout, plus de 130 millions de traitements ont été fournis depuis que le programme de lutte contre la cécité des rivières a été démarré en 1996. En 2009, le Centre a aidé à apporter des traitements dans 11 pays, atteignant 97% de la population ciblée devant recevoir un traitement en 2009, ce qu'on appelle le but final de traitement ou UTG. C'est un réseau à la base, composé de distributeurs d'ivermectine, dirigés par la communauté, qui est chargé d'apporter les traitements. Environ 225 000 distributeurs ont été formés en 2009, encadrés par plus de 35 000 superviseurs. Les programmes recevant une assistance du Centre Carter ont essayé d'augmenter le nombre de femmes dans ces séances de formation. En 2001, 19 % des distributeurs étaient des femmes alors qu'en 2009, cette proportion est passée à 35% (voir Figure 1).

Table 3 **Traitements pour la cécité des rivières, recevant une assistance du Centre Carter en 2009**

	Traités	Population éligible	% Atteint
Programmes d'élimination (semi-annuels)			
OEPA	626,146	672,366	**93%**
Soudan	197,865	200,658	**99%**
Ouganda	1,609,746	1,673,820	**96%**
Total partiel	**2,433,757**	**2,546,844**	**96%**
Programmes de contrôle (annuels)			
Cameroun	1,642,612	1,826,082	**90%**
Ethiopie	3,163,181	3,343,558	**95%**
Nigeria	5,354,573	5,281,705	**100%**
Soudan	152,218	171,732	**89%**
Ouganda	900,333	931,236	**97%**
Total partiel	**11,212,917**	**11,554,313**	**97%**
Total traitements de masse	**13,646,674**	**14,101,157**	**97%**
Traitements passifs	**469,236**		
TOTAL TRAITEMENTS	**14,115,910**		

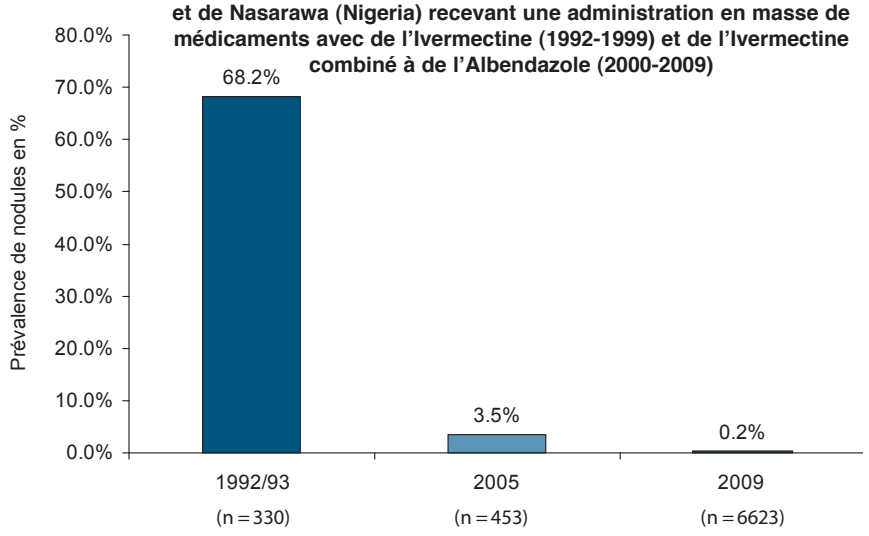
Figure 1 **Accroissements dans le pourcentage de distributeurs communautaires qui sont des femmes dans les programmes de la cécité des rivières, aidés par le Centre Carter en Afrique, 2001-2009**



Il est important de faire la différence entre les objectifs du contrôle et ceux de l'élimination de la cécité des rivières. Dans le premier cas, la distribution de Mectizan devra peut-être se poursuivre indéfiniment si la transmission de l'onchocercose persiste. De plus, ici la pérennisation du programme est d'importance vitale au même titre que l'intégration avec d'autres activités de lutte contre des maladies analogues. Par contre, dans le cas de l'élimination, le traitement à base de Mectizan est utilisé de manière plus intensive pour qu'il puisse être arrêté éventuellement par la suite lorsque les données indiquent que la population de parasites a disparu. Le but du programme de la cécité des rivières est

Figure 2

Réduction de 99% dans la prévalence des nodules de l'onchocercose dans les villages sentinelles des états du Plateau et de Nasarawa (Nigeria) recevant une administration en masse de médicaments avec de l'Ivermectine (1992-1999) et de l'Ivermectine combiné à de l'Albendazole (2000-2009)



d'éliminer l'onchocercose quant c'est faisable. Les activités actuelles d'élimination sont réalisées actuellement dans tous les six pays des Amériques et dans des foyers désignés en Ouganda et au Soudan. En 2009, les régions sous contrôle ont fourni 11,7 millions de traitements annuels alors que les zones d'élimination ont fourni environ 2,4 millions de traitements.

Les résultats des programmes des divers pays en 2009 sont présentés ci-après.

Nigeria

Plus de 5,3 millions de traitements de masse de Mectizan ont été fournis par le Programme de la cécité des rivières au Nigeria en 2009 (100% d'UTG) ainsi que 463 044 traitements passifs, fournis par le biais des centres de santé. Le Nigeria a formé ou recyclé 60 047 distributeurs communautaires pour qu'ils puissent se charger de la distribution. D'après une évaluation de l'impact programmatique des activités annuelles de traitement réalisées en 2009 dans les états du Plateau et de Nasarawa (voir Figure 2), les taux d'infection (nodules) ont reculé de 99,7% depuis 1992-1993. Il convient de noter tout particulièrement le fait que les taux d'infection chez les enfants étaient non existants, nous indiquant qu'on serait peut-être arrivé à éliminer la transmission de l'onchocercose. Notable également le fait que, dans ces deux états, le Programme de la cécité des rivières est intégré au Programme d'élimination de la filariose lymphatique, réalisé avec un financement de la Fondation Bill et Melinda Gates et de GlaxoSmithKline et que les traitements de Mectizan pour la cécité des rivières sont combinés à l'albendazole pour interrompre la transmission de la filariose lymphatique. Environ 3,5 millions de traitements combinés à base de Mectizan et d'albendazole ont été dispensés en 2009. Aussi, est-il possible que la combinaison thérapeutique servant à l'élimination de la filariose lymphatique a pour avantage supplémentaire d'interrompre simultanément la transmission de l'onchocercose.

C'est la deuxième année de suite que le Nigeria dépasse la barre d'un million de traitements de praziquantel dans les trois états qui disposent d'un programme de lutte contre la schistosomiase. C'est grâce au don de praziquantel, fait depuis 2008 par Merck KGaA de l'Allemagne (E-Merck) au Centre Carter, et transitant par l'Organisation mondiale de la Santé, que les taux de traitement ont grimpé de cinq fois leur niveau de 2007. De plus, les programmes du Centre Carter ont aidé à distribuer environ 80 000 moustiquaires durables imprégnées aux insecticides dans quatre états. La moitié d'entre elles ont été achetées grâce au soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates, puis distribuées dans les états d'Imo et d'Ebonyi. L'autre moitié a été fournie dans les états du Plateau et de Nasarawa par le gouvernement nigérian et un don de Clarke Mosquito Control. Ce sont les distributeurs encadrés par la communauté qui ont été chargés de la distribution dans ces deux derniers états et ces moustiquaires auront fort probablement un impact sur la transmission du paludisme et de la filariose lymphatique puisque ces deux maladies sont transmises par des moustiques du genre Anopheles.

Ethiopie

C'est grâce à l'assistance qu'apporte le partenariat Lions-Centre Carter en Ethiopie qu'ont pu être traitées 3 163 181 personnes, dans le cadre de la prévention de l'onchocercose en 2009, soit 95% d'UTG. Le programme de lutte contre le paludisme, bénéficiant d'une aide du Centre Carter, a continu d'intégrer ses activités à celles du Programme de la cécité des rivières en 2009 dans le cadre du projet Maloncho, et grâce aux distributeurs communautaires formés pour contrôler l'utilisation des moustiquaires et pour apporter une éducation sanitaire portant sur leur emploi et leur entretien. En 2009, 40 532 distributeurs ont donc bénéficié d'une telle formation. Grâce au soutien de GlaxoSmithKline, c'est la première fois que des traitements combinés de Mectizan-albendazole ont été dispensés pour l'élimination de la filariose lymphatique dans des zones où l'onchocercose est endémique de la région de Gambella. Grâce à ce soutien financier, le programme éthiopien a pu fournir 77 442 traitements combinés en 2009, soit 93% d'UTG.

suite à la page 6

L'onchocercose

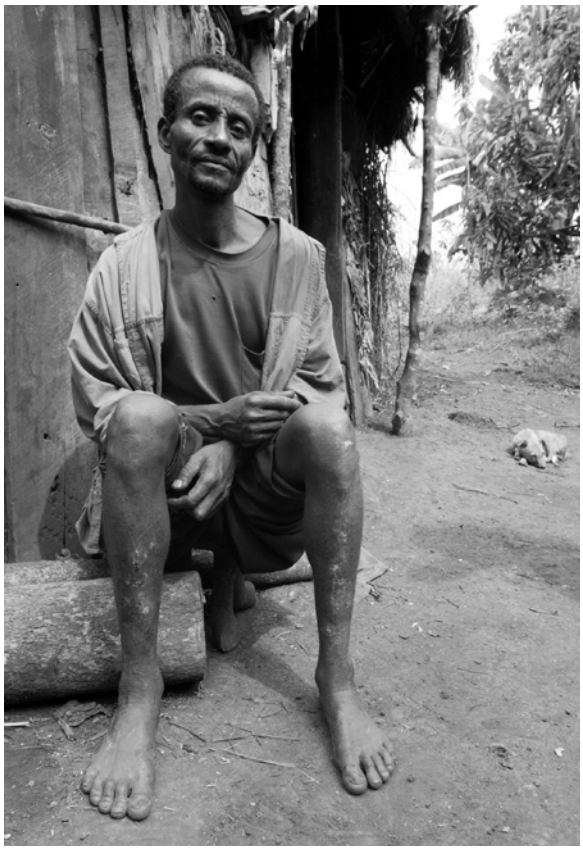
suite de la page 5

Cameroun

Un total de 1 642 612 personnes dans les régions au Nord et à l'Ouest ont bénéficié en 2009 de traitements de masse à base de Mectizan, soit 90% d'UTG, grâce à l'assistance du Centre Carter. Les distributeurs formés étaient au nombre de 43 970. Une étude sur l'impact de l'onchocercose a été réalisée dans la région du Nord en 2009 afin d'évaluer 17 ans de traitement annuel de Mectizan. De 2000 à 2009 (10 des 17 années de distribution annuelle), la couverture en termes d'UTG est restée supérieure à 90%. Dans le cadre de cette étude, une évaluation a été faite de la morbidité oculaire imputable à l'onchocercose (voir Figure 3). De nettes réductions de la maladie oculaire due à l'onchocercose ont été notées bien que, par ailleurs, la morbidité oculaire reste supérieure à 1%, seuil fixé par l'OMS marquant l'élimination de la maladie oculaire. L'étude a également constaté qu'un petit pourcentage d'enfants restent positifs (présence de microfilaria) et que les mouches noires contiennent des larves d'Onchocerca volvulus, signe que le traitement annuel n'est pas arrivé à interrompre la transmission.

Ouganda

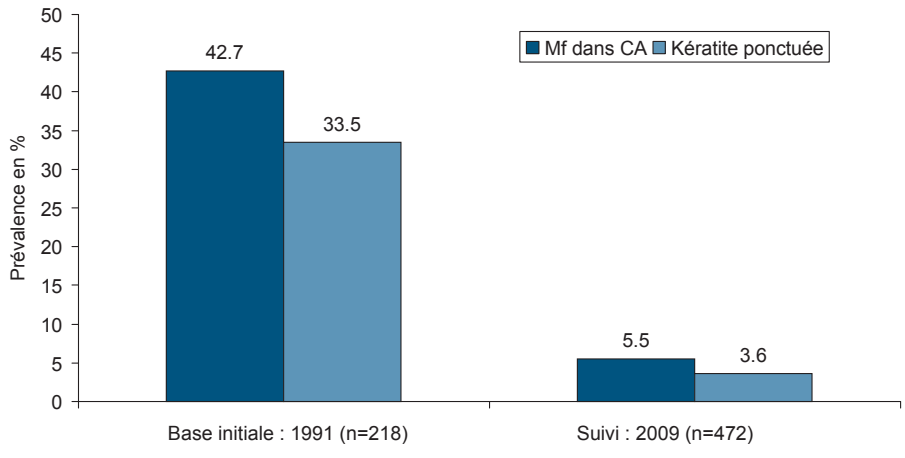
Les chiffres des traitements en Ouganda, dispensés par Lions-Centre Carter, continuent à grimper alors qu'un nombre croissant de régions adoptent la stratégie d'élimination (traitement bi-annuel), appuyée par la politique du Ministère de la Santé. Le programme a réussi à dispenser 2 510 079 traitements en 2009, soit 18% de plus qu'en 2008. Et, sur ces traitements, 900 333 se situaient dans les zones de contrôle et 1 609 746 dans les zones d'élimination. Le programme ougandais a atteint 96% de son objectif de traitement. En 2009, ce programme a formé 77 600 distributeurs communautaires. La seconde réunion du Comité ougandais d'élimination de l'onchocercose s'est tenue en août 2009. Le comité a comparé les données aux directives d'élimination de l'Organisation mondiale de la Santé de 2001 et a conclu que la transmission de l'onchocercose dans trois foyers (Itwara, Mt.Elgon et Wadelai) avait été interrompue. Les interventions du ministère de la santé sont toutefois maintenues dans ces foyers.



L. Gubb

Zeynu Aba Gojem, 45 ans, montre la peau de sa jambe, ressemblant à du léopard, causée par la cécité des rivières. Ce paysan éthiopien reçoit un traitement annuel de Mectizan.

Figure 3 **Impact de la morbidité oculaire : base initiale 1991 (6 communautés) et suivi de 2009 (8 communautés) dans la vallée de Vina au nord du Cameroun**



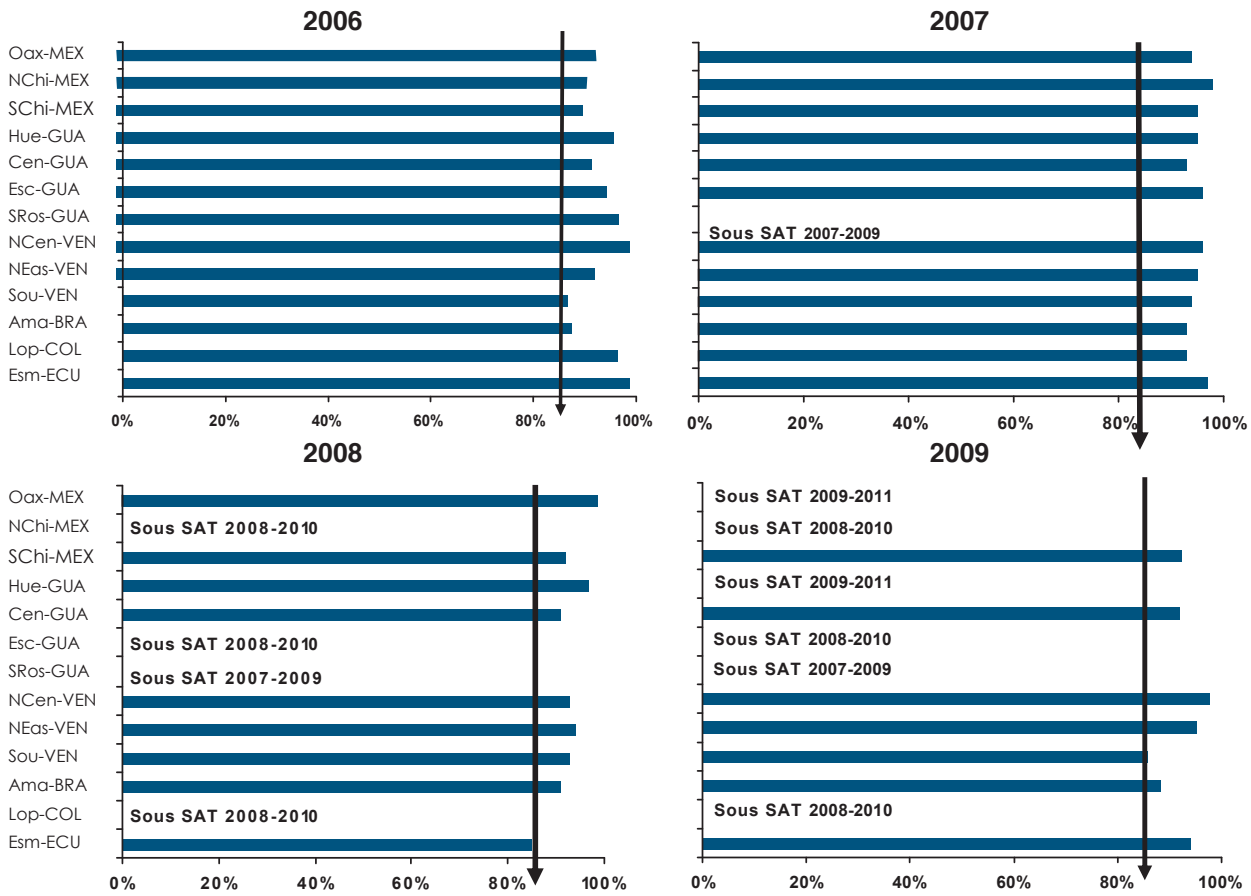
Mf dans CA= microfilaires dans chambre antérieure de l'œil

Soudan

L'activité déployée au Soudan par Lions-Centre Carter et basée à Khartoum, a présenté ses chiffres des traitements à base de Mectizan, comprenant des traitements annuels dans les zones de contrôle et des traitements biannuels dans le foyer d'élimination d'Abu Hamad, conformes à la politique du Ministère de la Santé. Les traitements indiqués de l'ordre de 152 218 traitements en 2009 dans les zones de contrôle et de 197 865 traitements dans le foyer d'élimination d'Abu Hamad ont permis d'atteindre 94% des objectifs généraux de traitement. Le Soudan a

Figure 4

Couverture de traitement dans les 13 foyers avec cécité des rivières dans les Amériques : Transition de la surveillance du traitement à l'après-traitement alors que la transmission est interrompue et que le traitement de masse est arrêté (2006-2009)



formé 3 448 distributeurs communautaires, plus de deux fois le nombre de 2008 dont 42 % des femmes, proportion impressionnante pour un programme qui ne comptait pas une seule femme distributrice de 1998 à 2005.

Les Amériques

Le Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA) a pour but d'interrompre la transmission de l'onchocercose sur le continent américain d'ici 2012. Six des 13 foyers d'endémicité dans six pays ne fournissent plus de traitements de Mectizan. Cinq pays dispensaient des traitements dans sept foyers en 2009, et 626 146 traitements ont été fournis, soit 93% d'UTG. C'est le foyer de Santa Rosa du Guatemala qui a été le premier à arrêter le traitement en 2007, suivis en 2008 par Lopez de Micay en Colombie, Escuintla au Guatemala et Northern Chiapas au Mexique. En 2009, Huehuetenango au Guatemala et Oaxaca au Mexique sont venus se joindre au groupe de foyers où les traitements ont été arrêtés et, en 2010, l'Equateur deviendra le deuxième pays qui aura cessé les traitements, dans son unique foyer d'Esmeraldas. Aussi, en 2010, seuls six foyers dans quatre pays recevront un traitement à base de Mectizan. La Figure 4 indique la couverture de traitement depuis 2006 et les foyers qui étaient en mesure d'arrêter le traitement chaque année. Au fur et à mesure qu'un nombre accru de foyers cesseront les traitements de Mectizan après que la transmission a été interrompue, les chiffres de traitements régionaux continueront à reculer. Une période de surveillance de trois ans après le traitement (SAT) fait suite à l'arrêt du traitement dans chaque foyer avant la déclaration d'élimination et la demande faite pour l'obtention de la certification par l'Organisation mondiale de la Santé. Le groupe de l'OEPA est composé des ministères de la santé de six pays, du Centre Carter, des Lions Clubs et de la Fondation internationale des Lions Clubs, de la Fondation Bill et Melinda Gates, de l'Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé, du Programme de don de Mectizan® et des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis.

La Lutte contre le paludisme : Une revue dans quatre pays

Le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter, démarré en 2006, a eu sa première revue de programme le 26 mars 2010 sous le thème « Vers un impact renforcé grâce aux stratégies intégrées. » La réunion a passé en revue les activités réalisées en partenariat avec des ministères de la santé en Ethiopie, au Nigeria et dans l'Ile d'Hispaniola aux Caraïbes. Sont venus se joindre au personnel du Centre Carter des représentants des ministères de la Santé du Nigeria et de l'Ethiopie, de la Fondation Bill et Melinda Gates, d'Emory University, de l'Equipe spéciale de la santé globale, du programme de don de Mectizan®, des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, de Clarke Mosquito Control, de Vestergaards Frandsen, BASF Corporation, Sanofi Aventis, de l'Ambassade de France, des Lions Clubs de l'Ethiopie et de l'Université de Floride à Gainesville. Le Dr Frank Richards et le Dr Paul Emerson du Centre Carter co-présidaient la réunion. Les activités des programmes sont récapitulées ci-après.

Ethiopie

Le Dr Asrat Genet Amnie, chef du Bureau sanitaire régional d'Amhara, a fait une communication au nom du ministère fédéral de la Santé décrivant la distribution accrue de moustiquaires durables imprégnées aux insecticides en Ethiopie, qui s'est achevée en 2007. Il a discuté des priorités actuelles concernant le remplacement des moustiquaires et l'accès universel au traitement gratuit de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Un nouveau plan stratégique national pour la lutte contre le paludisme a été mis au point pour 2011-2015 se fixant pour but d'arriver à l'élimination dans certaines régions d'ici 2015. Certains signes indiquent une réduction dans les taux d'hospitalisation pour le paludisme dans la région d'Amhara, sur la période de 2004-2009. Teshome Gebre, représentant du Centre Carter en Ethiopie, a expliqué comment le programme de lutte contre le paludisme du Centre Carter était mis en œuvre par le biais de programmes intégrés : paludisme intégré au trachome (appelé le programme de Maltra) et paludisme intégré à l'onchocercose (programme de Maloncho), faisant appel à 46 membres du personnel du projet et plus de 9000 agents communautaires. Récemment, le Centre Carter a aidé à distribuer plus de 3 millions de moustiquaires en Ethiopie. Il faudra continuer à en distribuer à l'avenir.

G. Yohannes

Le personnel du Centre Carter évalue la condition des moustiquaires imprégnées aux insecticides, à Addis Ababa en Ethiopie.

Deux défis doivent encore être relevés : le manque de directives claires sur le remplacement des moustiquaires et le manque de définition claire des zones paludiques à hauts risques. L'utilisation et l'entretien des moustiquaires n'ayant pas encore atteint le niveau souhaité, le programme se concentre sur quelques messages clés qui sont apportés par le biais des agents communautaires et des campagnes de masse à l'aide de camionnettes, avant les campagnes de la semaine de Maltra servant à la distribution de l'azithromycine. Dans le cadre de ces

Figure 5 **Proportion de ménages possédant une ou plusieurs moustiquaires durables imprégnées aux insecticides dans trois régions de l'Ethiopie**

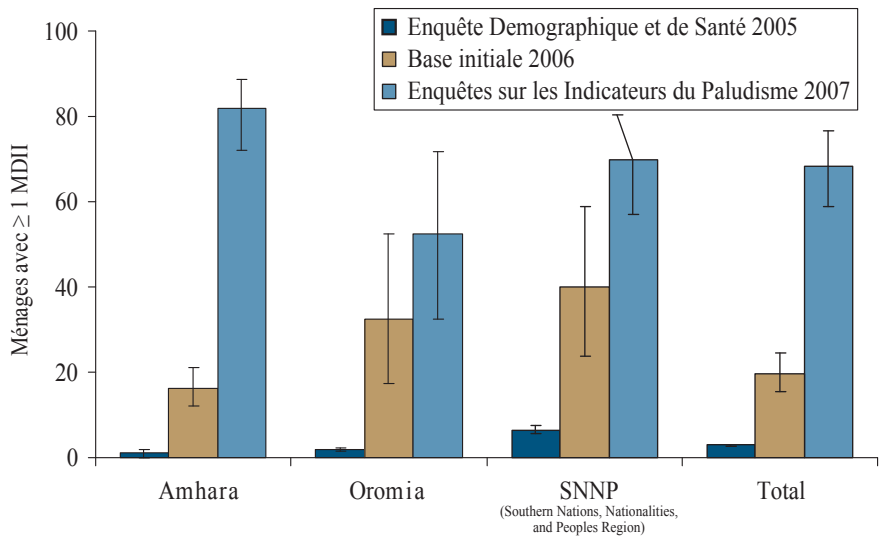


Figure 6 **Prévalence du paludisme, ajustée selon l'âge, à la lecture de lames, par enquête et état régional, Ethiopie**

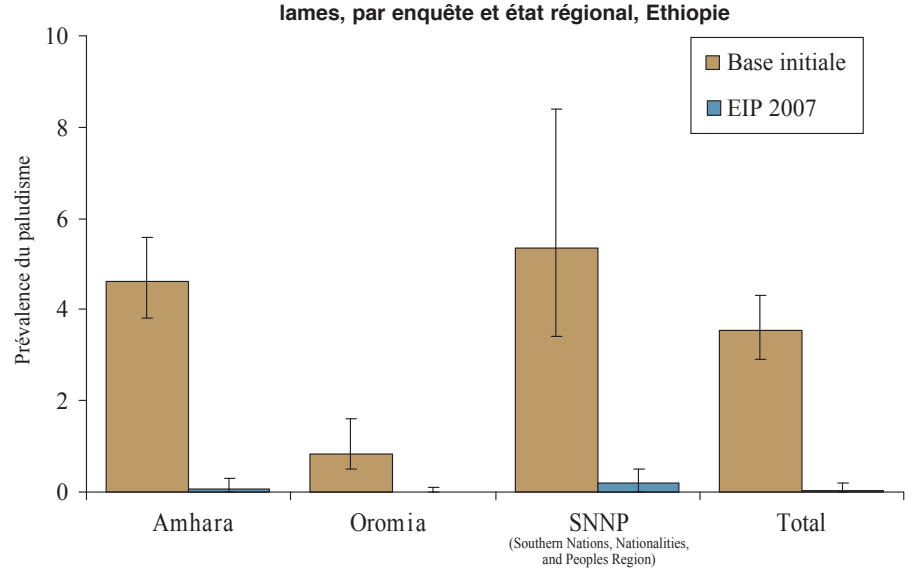
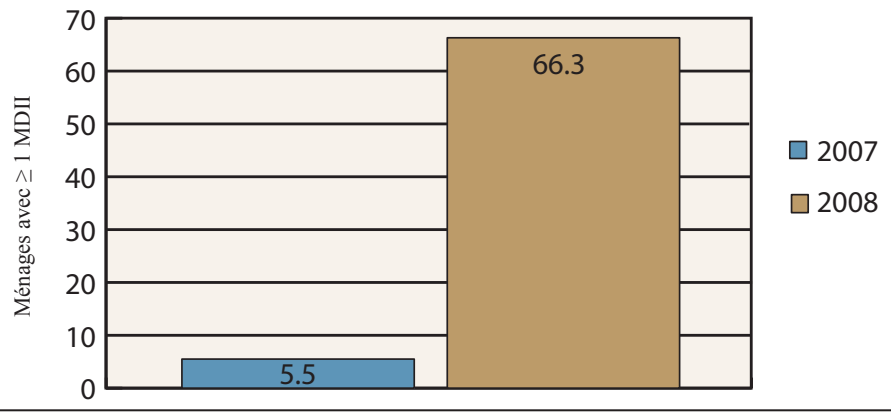


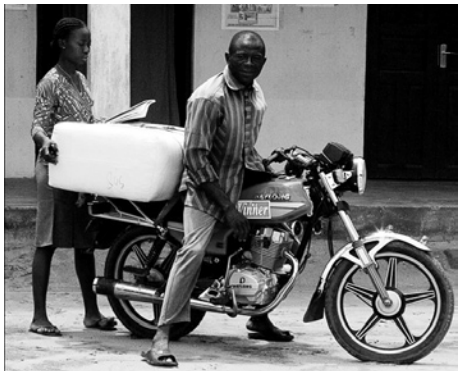
Figure 7 **Possession accrue de moustiquaires durables imprégnées aux insecticides dans les régions du Nigeria recevant une assistance du Centre Carter, 2007-2008**



campagnes, toute personne qui a de la fièvre bénéficie d'un test, diagnostic et traitement du paludisme.

Le Dr Zerihun Tadesse, directeur des programmes en Ethiopie, a passé en revue la 3e semaine Maltra de novembre 2009 à l'ouest d'Amhara à laquelle se sont présentées 46 401 personnes avec de la fièvre et 32 110 ont été traitées pour paludisme, surtout à l'aide du traitement conjugué à base d'artémisinine. Le Dr Tadesse a également décrit les études de diagnostic clinique, réalisées par le Dr Tekola Endeshaw dans 10 centres de l'Amhara qui ont démontré l'exactitude et l'adéquation des tests de diagnostic rapide du paludisme en milieu clinique dans le cadre desquels 20% à 35% des patients avec paludisme soupçonné ont eu un test sanguin qui a montré qu'ils étaient positifs.

Sur le plan suivi et évaluation, le programme a apporté une assistance au Ministère de la santé par le biais d'enquêtes transversales représentatives auprès des ménages et d'un examen de données notifiées régulièrement au Système intégré de surveillance et réponse aux maladies. Les enquêtes ont mis à jour l'accroissement en flèche dans



A. Mosher

Une femme qui charge des moustiquaires sur le derrière de la moto pour les distribuer à Owerri West au sud-est du Nigeria.

A. Mosher

Une moustiquaire accrochée au plafond d'une maison du village de Mmahu, état d'Imo, sud-est du Nigeria.

la possession de moustiquaires (voir Figure 5) et le recul dans la prévalence du paludisme (voir Figure 6) sur une période d'un an. Des cartes par zone sur la prévalence du paludisme ont été mises au point à l'aide de données routinières. D'après la recherche opérationnelle sur la durabilité des moustiquaires, les insecticides sont résistantes et durent plus de 2 ans mais par contre, des trous apparaissent rapidement dans les moustiquaires. Environ 80% des moustiquaires avaient au moins un trou après 18 mois et pourtant moins d'un pour cent d'entre elles portaient des traces de réparation.

Nigeria

Les activités de lutte contre le paludisme au Nigeria que mène le Centre Carter ont été reliées jusqu'à présent au

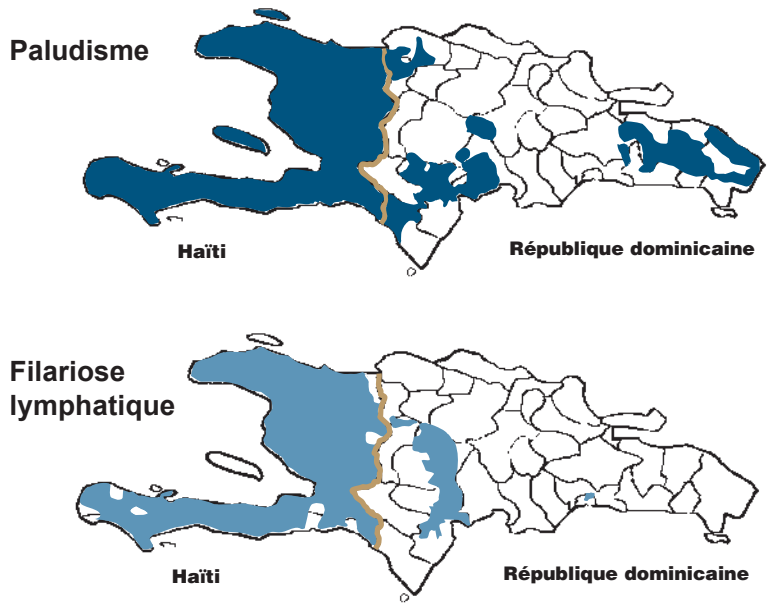
suite à la page 10

suite de la page 9

Programme d'élimination de la filariose lymphatique (FL). Le même moustique Anophèle qui transmet le paludisme transmet également les parasites de la FL et, par conséquent, le volet moustiquaires du programme de lutte contre le paludisme a pu aider à prévenir en même temps les deux maladies. Le Centre collabore depuis 2004 avec le programme national de lutte contre le paludisme dans deux états au centre du Nigeria (Plateau et Nasarawa). De 2004 à 2009, 300 650 moustiquaires ont été distribuées dans les états du Plateau et de Nasarawa dans le cadre de campagnes intégrées avec administration massive de médicaments pour la FL. La vaste majorité de ces moustiquaires ont été fournies par le Ministère de la santé bien que 16 550 aient également été données par Clarke Mosquito Control.

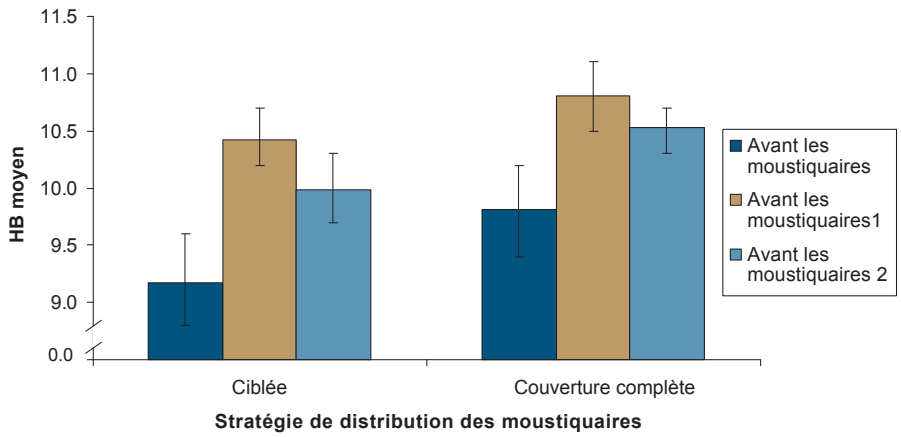
Le Dr Emmanuel Miri, représentant du Centre Carter au Nigeria, a noté que des messages sur le changement de comportement avaient été mis au point bien que des difficultés se soient présentées pour faire passer ces messages lors de la distribution des moustiquaires, d'où l'importance d'accorder une plus grande attention à l'éducation sanitaire après la distribution des moustiquaires.

Figure 9 **Prévalence du paludisme et de la filariose lymphatique en Hispaniola**



Dans les deux états au sud-est, 240 000 moustiquaires ont été distribuées par le biais d'un projet financé par la Fondation Bill et Melinda Gates dont le but est de comparer l'impact de deux modèles de distribution des moustiquaires contre le paludisme et la FL : un modèle apportant une couverture complète, l'autre distribuant les moustiquaires uniquement aux familles avec des femmes enceintes ou des enfants de moins de cinq ans.

Figure 8 **Anémie : Augmentation du taux moyen d'hémoglobine chez les enfants de moins de 10 ans dans le sud-est du Nigeria**



L'analyse préliminaire des enquêtes auprès des ménages indiquent que la proportion des ménages avec au moins une moustiquaire a augmenté, passant de 5,5 % à 66,3% en l'espace d'une année, pour le deux modèles combinés (voir Figure 7). Par contre, la possession de moustiquaires a diminué lors de la seconde année, passant à 45% des ménages, d'où la nécessité d'apporter une éducation sanitaire continue. La prévalence du paludisme a nettement reculé, de 22% à 12%, (les deux groupes combinés) de 2007 à 2008. L'anémie chez les enfants de moins de 10 ans s'est nettement améliorée, dans les deux groupes de l'étude, de 2007 à 2008, et elle reste sensiblement meilleure en 2009 comparée au taux initial (voir Figure 8).

Le Dr Babatunde Ipaye, faisant une présentation au nom du Dr Folake Ademola-Majekodunmi, coordinateur national du Programme de lutte contre le paludisme au Nigeria, a décrit le programme national et le plan prévoyant une nette accélération des activités antipaludiques, avec distribution de 48

millions de moustiquaires dans 30 états en 2010, en plus des 19 millions qui sont déjà distribués. Dans les neuf états du Nigeria auxquels le Centre Carter apporte une assistance, il est prévu d'augmenter nettement la distribution de moustiquaires dans les états d'Ebonyi, d'Enugu et de Nasarawa en août 2010, dans le Plateau en septembre et dans les états d'Abia, Edo et Imo en octobre. L'état d'Anambra a été couvert l'année dernière et il reste à finaliser les plans du Delta. Au titre des autres questions discutées lors de la revue : l'importance d'améliorer l'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine comme médicaments de premier choix (artemether-lumefantrine et artesunate-amodiaquine) et les défis qui se présentent pour y arriver en empruntant le système d'approvisionnement en médicaments, dominé par le secteur privé au Nigeria.

Hispanolia

Le Dr Donald Hopkins, vice président des programmes de santé au Centre Carter a fait une ébauche du projet d'Hispaniola qui met en avant une collaboration entre les deux pays se partageant l'île, Haïti et la République dominicaine, pour éliminer d'ici 2020 le paludisme et la FL. Ainsi le bassin des Caraïbes serait-il libéré de ces deux parasites transmis par des moustiques. Le Centre Carter exploite depuis septembre 2008 cette idée de collaboration binationale par le biais d'un projet dans deux villes frontalières adjacentes. De plus, l'ancien Président américain Jimmy Carter a rendu visite en septembre 2009 aux chefs d'états, ministres de la santé et autres partenaires des deux parties. C'est en Haïti qu'on note la charge de morbidité la plus élevée (voir Figure 9). Haïti a revu récemment ses politiques nationales de lutte contre le paludisme en vue d'apporter à sa population un diagnostic et un traitement gratuits.

En mémoire du Dr Vély Jean-François

Le Centre Carter vient se joindre au Ministère de la santé haïtien exprimant sa profonde tristesse pour la perte du Dr Vély Jean-François, coordinateur national des programmes de lutte contre le paludisme et la filariose lymphatique, décédé le 6 juin 2010. Sous sa direction, l'administration massive de médicaments pour la filariose lymphatique a augmenté de l'ordre de trois fois, passant de 21% de la population cible en 2007 à une couverture de 66% en 2009 : le but de l'élimination étant fixé en 2020. Le Dr Jean-François a également collaboré étroitement avec des collègues de la République dominicaine pour mettre au point un plan binational pour l'élimination du paludisme dans l'île d'Hispaniola d'ici 2020. Il était reconnu pour son engagement et son dévouement à la santé publique, commençant sa carrière d'épidémiologiste en 1975 au Service national des endémies majeures. Il était également consultant pour les maladies à transmission hydrique auprès de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Le Dr Jean-François a formé les futures générations des professionnels de la santé à l'Université nationale de médecine où il était professeur de médicine communautaire. Il a également enseigné le programme de formation en matière de gestion de santé publique, de l'Université de Montréal. Le Centre exprime ses sincères condoléances à la famille et aux collègues du Dr Jean-François.

K. Callahan

Le Dr Vély Jean-François revoit les notes à la réunion binationale du paludisme en avril 2010.

Recul de cas de dracunculose

Compte à rebours dans l'éradication de la dracunculose : Janvier-juin 2009 contre janvier-juin 2010[1]

Pays	2009		2010[1]		% changement dans les cas notifiés 2009–2010
	Cas notifiés	% cas endigués[2]	Cas notifiés	% cas endigués[2]	
Soudan	1,184	72%	742	76%	-37%
Ghana	228	94%	8	100%	-96%
Mali	8	100%	1	100%	-88%
Ethiopie	21	86%	12	83%	-43%
TOTAL	**1,441**	**76%**	**763**	**76%**	**-47%**
En dehors du Soudan	*257*	*93%*	*21*	*90%*	*-92%*

1 Provisoire

2 Un cas de dracunculose est endigué si toutes les conditions suivantes sont remplies :
Le patient est dépisté avant que le ver ne sorte ou dans les 24 heures qui suivent l'émergence du ver ; et
Le patient n'est pas entré dans un point d'eau depuis que le ver est sorti ; et
Le volontaire du village a traité correctement le cas, en nettoyant et en mettant un bandage jusqu'à ce que le ver soit entièrement retiré et en apportant une éducation sanitaire pour éviter que le patient ne contamine un point d'eau (si deux vers ou plus émergent, le cas ne sera endigué que si le dernier ver est retiré) ; et
Le processus d'endiguement y compris la vérification montrant qu'il s'agit bien d'un cas de dracunculose est validé par un superviseur dans les 7 jours qui suivent l'émergence du ver.

The Carter Center
One Copenhill
453 Freedom Parkway
Atlanta, GA 30307

THE
CARTER CENTER

Ce numéro a été rendu possible en partie grâce au Fonds pour les Publications des Programmes de Santé de Michael G. DeGroote.

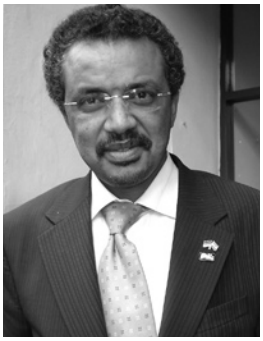
Actualités mondiales de la santé

Monsieur le Ministre Tedros à l'honneur pour ses contributions à la santé

L'Honorable Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ministre éthiopien de la santé, a été choisi récemment par la Fondation nationale pour les maladies infectieuses, pour recevoir le Prix humanitaire Jimmy et Rosalynn Carter. Fondé en 1997, le prix est présenté à des « personnes dont les efforts humanitaires et accomplissements extraordinaires ont contribué à améliorer la santé de l'humanité. »

Dans ses cinq ans de fonction en tant que Ministre de la Santé, le Docteur Tedros a dirigé l'initiative visant à protéger tous les éthiopiens contre le risque du paludisme. Par conséquent, 20 millions de moustiquaires imprégnées aux insecticides ont été distribuées pour couvrir 50 millions de personnes exposées au risque de contracter le paludisme. C'est l'un des efforts les plus ambitieux et les plus réussis de l'histoire de santé publique. Le Docteur Tedros a également amélioré la qualité des services de santé ainsi que l'accès à ces services grâce à une campagne de recrutement et de formation de 30 000 agents d'extension communautaire qui vivent et travaillent dans les zones rurales de l'Ethiopie où réside la majeure partie de la population. Grâce à l'aide du Docteur Tedros, Ministre de la santé, les traitements d'antibiotiques pour le trachome ont augmenté, passant de 1,7 million en 2005 à 13,4 millions par an, et plus d'un million de latrines ont été construites dans la région d'Amhara en Ethiopie, où la prévalence du trachome est la plus élevée au monde.

L'ancien Président américain Jimmy Carter et l'ancienne Première Dame Rosalynn Carter étaient les premiers à recevoir ce prix. Il a également été décerné aux personnes suivantes : Général Colin L. Powell, à l'ancien ministre de la santé le Dr David Satcher, au fondateur de CNN Ted Turner, au Sénateur John D. Rockefeller IV, à Bill et Melinda Gates, à l'ancien représentant du Congrès John Edward Porter, à Henri Landwirth, à l'ancien Président américain Bill Clinton, au Dr Paul E. Farmer, au Dr William H. Foege, au Dr Louis W.Sullivan, à Ann Lurie et au Dr Jennifer Howse.


Frank O. Richards Jr.

L'Honorable Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Ministre de la santé de l'Ethiopie.